

The survey of concerns and psychological disorders in elderly sanatorium

A Etemadi*

Kh Ahmadi**

*Associate professor of Counseling Psychology, Allame-Tabatabai University, Tehran, Iran

**Associate professor of Counseling Psychology, Baqiyatallah Medical Sciences University, Behavioral Sciences Research Center, Tehran, Iran

*Abstract

Background: This study aims at knowing old age problems especially for those living at elderly sanatorium and extending counseling services to the vast and new field of geriatrics in Iran.

Methods: In this study, 120 old people who lived at governmental and private elderly sanatorium in Tehran, Iran were randomly enrolled and studied using SCL90-R.

Findings: The results showed that signs of depression and somatization disorders were the most common ones among the elderly in elderly sanatorium. In all studied clinical scales, the rate of psychological symptoms was more among women than men. The most important worries of the elderly were economic status, social relations, dissatisfaction with old age, lack of favorite activities and their family members' treatment.

Conclusion: Since living at an elderly sanatorium means staying away from family support and that it is considered reproachable, attending to psychological and emotional needs of the elderly sanatorium is essential.

Keywords: Elderly sanatorium, Psychological Disorders

Corresponding Address: Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah Medical Sciences University, Mollasadra Ave., Vanak Sq. P.O. Box: 19395-5487, Tehran, Iran

Email: kh_ahmady@yahoo.com; kh_ahmady@bmsu.ac.ir

Tel: +98 21 88053767

Received: 2008/06/15

Accepted: 2009/05/16

انواع نگرانی‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی در سالمندان آسایشگاه‌های تهران

دکتر احمد اعتمادی* دکتر خدابخش احمدی**

*دانشیار رشته مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

**دانشیار رشته مشاوره دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

آدرس مکاتبه: تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، صندوق پستی ۵۴۸۷-۱۹۳۹۵، تلفن ۰۲۱-۸۸۰۵۳۷۶۷-۲۱
 Email: Kh_Ahmady@yahoo.com تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۲۶ تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۲۶

چکیده

زمینه: سالمندان نیازمند حمایت و کمک هستند. هر گونه تلاش در این جهت، در واقع تقدیر از تلاش‌های گذشته آنان و کمک به رفع و کاهش نگرانی افرادی است که هنوز به این دوران نرسیده‌اند.

هدف: مطالعه به منظور تعیین انواع نگرانی‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۲۰ نفر از سالمندان ساکن آسایشگاه‌های دولتی و خصوصی شهر تهران در سال ۱۳۸۶ به طور تصادفی انتخاب و با استفاده از آزمون SCL90-R و پرسش‌نامه وضعیت سنجی بررسی شدند. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی و من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۶۲٪ از سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها حداقل یکی از علایم اختلال روانی را داشتند و بیش‌ترین فراوانی (۳۲/۵٪) مربوط به افسردگی بود. میزان شیوع اختلال‌های روان‌شناختی در زنان بیش از مردان بود. عمده‌ترین نگرانی‌های این افراد مسایل اقتصادی (۵۵/۸٪)، کمبود ارتباط‌های اجتماعی (۵۵٪)، عدم رضایت از دوره سالمندی (۴۵/۸٪) و کمبود فعالیت‌های دلخواه (۴۵٪) بود.

نتیجه‌گیری: توجه به نیازهای روانی و عاطفی ساکنین آسایشگاه‌ها و به ویژه زنان سالمند ضرورت بیش‌تری دارد و لازم است درمان مشکلات روان‌شناختی آنان در اولویت قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، آسایشگاه، اختلال‌های روان‌شناختی

*مقدمه:

دچار اختلال روانی، ۱۸/۷ درصد اختلال روان-تنی، ۱۲/۶ درصد افسردگی خفیف، ۵/۶ درصد زوال عقل خفیف و ۵/۴ درصد اختلال‌های شخصیتی داشتند.^(۱) در یک مطالعه میزان اختلال شناختی با عواملی مانند سن، نژاد، سطح تحصیلات و بستری در بیمارستان ارتباط معنی‌داری داشت.^(۳) مطالعه‌ای بر روی ۱۷۹۲ سالمند بالای ۶۵ سال با استفاده از معیارهای DSM-IV نشان داد که به ترتیب ۱۳ و ۱۶ درصد سالمندان در طول یک و دوازده ماه گذشته نشانه‌های مرتبط با اختلال روانی داشتند. همچنین سالمندان زن بیش‌تر از اختلال‌های عاطفی و اضطراب منتشر و مردان بیش‌تر از اختلال‌های مرتبط با سوء مصرف مواد رنج می‌بردند.^(۴) اختلال‌های روان‌شناختی در سالمندان عواقب نامطلوب

در دوره سالمندی افراد به حمایت جسمی، عاطفی و روانی نیاز دارند. تلاش برای کمک به این افراد در واقع تقدیر از تلاش‌های گذشته آنان است. عده زیادی از افرادی که هنوز در بزرگ سالی به سر می‌برند، نگران دوره سالمندی خود هستند و حمایت از سالمندان، موجب کاهش نگرانی افرادی است که هنوز به این دوران نرسیده‌اند. تحقیق‌ها نشان داده‌اند که شیوع اختلال‌های روانی در سالمندان رو به افزایش است؛ به طوری که برخی آن را یک بحران دانسته‌اند. پیش‌بینی می‌شود میزان این اختلال‌ها در سال ۲۰۳۰ نسبت به سال ۲۰۰۰، حدود چهار برابر افزایش یابد.^(۱) سالمندان بالای ۶۵ سال، ۴۲/۶ درصد اختلال روان رنجوری، ۴/۹ درصد زوال عقل و ۲/۳ درصد روان‌پریشی داشتند. از بین افراد

برای جمع‌آوری اطلاعات از آزمون SCL90-R و پرسش‌نامه وضعیت سنجی استفاده شد. آزمون SCL90-R که برای بررسی میزان اختلال‌های روان‌شناختی به کار برده شد، از نوع آزمون خودسنجی است. این آزمون ۹۰ سؤال و ۹ مقیاس سنجش در ابعاد اختلال‌های جسمی‌سازی، وسواس، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، پارانوئید و روان‌پریشی دارد.^(۷) در پرسش‌نامه وضعیت سنجی نیز یک قسمت مربوط به اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها و بخش دیگر مربوط به نظر سنجی از سالمندان درباره خود، خانواده، محیط فیزیکی آسایشگاه و ارتباط‌های اجتماعی آنها بود. تمام پرسش‌نامه‌ها به شیوه مصاحبه توسط پرسش‌گران آموزش دیده تکمیل شدند.

پس از نمره‌گذاری آزمون SCL90-R، کدگذاری پرسش‌نامه‌ها و ورود اطلاعات به رایانه، داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS و آزمون‌های آماری تی و من ویت‌نی تجزیه و تحلیل شدند. ارزش احتمالی (p-value) کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

* یافته‌ها:

از بین ۱۲۰ سالمند شرکت‌کننده در این پژوهش، ۸۲ نفر (۶۸ درصد) مرد و ۳۸ نفر (۳۲ درصد) زن بودند. ۶۱ درصد ۶۰ تا ۸۰ سال، ۲۷ درصد زیر ۶۰ سال و ۱۲ درصد بالای ۸۰ سال سن داشتند. بیش‌تر مردان در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ و بیش‌تر زنان در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال بودند. میانگین سنی سالمندان مرد $64/89 \pm 12/57$ و میانگین سنی سالمندان زن $68/68 \pm 13/68$ سال بود. ۸۵ درصد سالمندان تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر داشتند که توزیع آن در بین زنان و مردان به طور تقریبی مساوی بود. ۵۸/۸ درصد سالمندان همسرشان فوت کرده و در ۱۴/۲ درصد موارد ازدواجشان به طلاق منجر شده بود. در بین مردان و زنان سالمند از نظر وضع تأهل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. منبع تأمین اقتصادی بیش‌تر این افراد از طریق حمایت‌های خیریه‌ای

بسیاری دارد و علاوه بر افزایش میزان ناتوانی جسمانی آنها، یکی از علل اساسی خودکشی در بین سالمندان است. ملاحظه شده است که حدود ۹۷ درصد از قربانیان خودکشی در سالمندان حداقل یکی از علایم تشخیص‌دهنده خودکشی در سالمندان را داشتند، در حالی که این میزان در سایر افراد جامعه ۱۸ درصد بود. بیش‌ترین میزان خودکشی در بین بیماران با اختلال افسردگی عمده و سوء مصرف مواد بود.^(۸) این درحالی است که سوء مصرف مواد و الکل به طور معمول با اختلال‌های افسردگی و خودکشی همراه هستند.^(۶)

مزایای زندگی در آسایشگاه برای سالمندان، ارتباط با همسالان و هم‌تاه‌ها، دسترسی به امکانات پرستاری، بهداشتی و درمانی و دور شدن از تنهایی و افسردگی است. هنوز آسایشگاه‌ها به دلیل فقدان خدمات تخصصی جهت رفع تمام نیازهای سالمندان و همچنین طرز نگرشی که نسبت به خانه‌های سالمندان وجود دارد، به عنوان مراکز حمایت و زندگی راحت برای سالمندان تلقی نمی‌شوند. چنانچه مسایل و مشکلات سالمندان و روش‌های خدمت‌رسانی همه‌جانبه به آن‌ها مورد مطالعه قرار گیرد، می‌تواند به گسترش فرهنگ حمایتی از سالمندان کمک نماید.

بر این اساس، مطالعه حاضر به منظور تعیین انواع نگرانی‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۶ بر روی سالمندان ساکن آسایشگاه‌های شهر تهران انجام شد. با توجه به گسترده بودن جامعه آماری، تعداد ۱۲۰ نفر از سالمندان به نسبت جنس و وضع اداره آسایشگاه (دولتی یا خصوصی) به روش تصادفی انتخاب شدند. ملاک انتخاب، توانمندی سالمندان برای پاسخ‌گویی به سؤال‌های پرسش‌نامه و آزمون‌ها بود. بنابراین، سالمندان دچار اختلال‌های مغزی همچون آلزایمر یا ناتوانی‌های تکلم از مطالعه حذف شدند.

جدول ۲- مقایسه میزان شیوع علایم اختلال‌های روانی در بین سالمندان زن و مرد ساکن در آسایشگاه‌ها

مقیاس‌های بالینی	جنس	تعداد	میانگین نمره	سطح معنی‌داری
جسمی‌سازی	مرد	۸۲	۱/۱۴±۰/۷۱	<۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۸۵±۰/۸۴	
وسواس	مرد	۸۲	۱/۱۷±۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۵۸±۰/۷۳	
روابط بین فردی	مرد	۸۲	۱/۰۲±۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۴۹±۰/۸۲	
افسردگی	مرد	۸۲	۱/۳۲±۰/۷۷	<۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۸۹±۰/۸۲	
اضطراب	مرد	۸۲	۱/۰۳±۰/۶۸	<۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۶۰±۰/۹۴	
خصوصیت	مرد	۸۲	۰/۷۴±۰/۶۴	۰/۰۰۷
	زن	۳۸	۱/۱۴±۰/۹۰	
ترس مرضی	مرد	۸۲	۰/۷۱±۰/۵۳	۰/۰۱۳
	زن	۳۸	۱/۰۴±۰/۸۸	
پارانویید	مرد	۸۲	۰/۹۸±۰/۶۰	<۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۴۳±۰/۶۵	
روان‌پریشی	مرد	۸۲	۰/۸۹±۰/۴۹	<۰/۰۰۰۱
	زن	۳۸	۱/۳۶±۰/۷۳	

عمده‌ترین موارد نگرانی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها به ترتیب عبارت بود از وضع اقتصادی (۵۵/۸ درصد)، کمبود ارتباط‌های اجتماعی (۵۵ درصد)، عدم رضایت از دوره سالمندی (۴۵/۸ درصد) و کمبود فعالیت‌های دلخواه (۴۵ درصد) (جدول شماره ۳).

جدول ۳- انواع نگرانی‌های سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها

نوع نگرانی	درصد فراوانی
وضع اقتصادی	۵۵/۸
کمبود ارتباطات اجتماعی	۵۵
عدم رضایت از دوره سالمندی	۴۵/۸
کمبود فعالیت‌های دلخواه	۴۵
طرز برخورد اعضای خانواده	۴۴/۲
نوع ارتباط با اعضای خانواده	۴۲/۵
جذاب نبودن آسایشگاه	۴۰/۸
نگرانی از آینده	۳۰
نگرانی از مرگ	۲۵
عدم رضایت از محیط آسایشگاه	۲۴/۲
عدم رضایت از برخورد مسوولین آسایشگاه	۲۳/۳
عدم ارتباط با مسوولین آسایشگاه	۱۷
کمبود ارتباط با هم‌تاهای خود	۱۳/۳

(۴۳ درصد) و اقوام (۲۲/۵ درصد) بود. بیش‌تر مردان سالمند از سوی افراد خیر و بیش‌تر زنان سالمند از سوی اقوام تحت حمایت اقتصادی قرار داشتند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/01$). حمایت اقتصادی در ۱۰ درصد موارد از طریق حقوق بازنشستگی و در ۱۰ درصد موارد از طریق بیمه تأمین اجتماعی انجام می‌شد. از نظر وضعیت جسمانی، حدود ۵۲ درصد از سالمندان فاقد اختلال جسمی و حدود ۴۱ درصد دارای معلولیت و بیماری مزمن جسمانی بودند. این نسبت‌ها در بین مردان و زنان سالمند تفاوت معنی‌داری نداشت. بیش‌تر سالمندان (۴۸ درصد) بین ۱ تا ۵ سال، ۲۴ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال، ۱۳ درصد بیش از ۱۰ سال و حدود ۱۱ درصد زیر ۱ سال سابقه اقامت در آسایشگاه داشتند. این نسبت‌ها بین دو گروه مردان و زنان سالمند به طور تقریبی یکسان بود.

در مجموع ۷۴ نفر (۶۲ درصد) حداقل یکی از علایم اختلال روانی را داشتند و بیش‌ترین فراوانی (۳۲/۵ درصد) مربوط به افسردگی بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱- فراوانی علایم اختلال‌های روانی در بین سالمندان مورد مطالعه

علایم اختلال	دارد		ندارد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
افسردگی	۳۹	۳۲/۵	۸۱	۶۷/۵
اختلال جسمی‌سازی	۳۳	۲۷/۵	۸۷	۷۲/۵
وسواس	۲۳	۱۹/۱	۹۷	۸۰/۹
اضطراب	۲۲	۱۸/۳	۹۸	۸۱/۶
روابط بین فردی	۱۹	۱۵/۸	۱۰۱	۸۴/۲
خصوصیت	۱۵	۱۲/۵	۱۰۵	۸۷/۵
روان‌پریشی	۱۱	۹/۱	۱۰۹	۹۰/۹
پارانویید	۱۰	۸/۳	۱۱۰	۹۱/۶
ترس مرضی	۷	۵/۹	۱۱۳	۹۴/۱

میانگین نمره سالمندان زن در تمام مقیاس‌های بالینی مورد بررسی، به طور معنی‌داری بیش‌تر از سالمندان مرد بود ($p < 0/01$). به عبارتی دیگر میزان شیوع اختلال‌های روان شناختی در بین سالمندان زن بیش‌تر از سالمندان مرد بود (جدول شماره ۲).

***بحث و نتیجه‌گیری:**

این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران دچار حداقل یکی از علائم اختلال‌های روان‌شناختی و ۳۳ درصد دچار افسردگی بودند. تحقیق‌های دیگر نیز میزان بالای اختلال افسردگی در سالمندان را تأیید کرده‌اند (۲۵ تا ۴۲ درصد) و نشان داده شده که داروهای ضد افسردگی برای افسردگی‌های دوره سالمندی اثربخش است.^(۱۹-۸) از سویی دیگر اثر بخشی درمان‌های روان‌شناختی از قبیل شناخت درمانی، رفتار درمانی، درمان‌های شناختی- رفتاری، درمان‌های بین فردی و روان‌کاوی کوتاه مدت در رفع این اختلال‌ها نشان داده شده است.^(۱۵، ۲۰، ۲۱) اختلال‌های دوران سالمندی موجب افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و کاهش عمر می‌شود.^(۳، ۲۲) یک مطالعه نشان داد که دست کم یک پنجم سالمندان ۶۵ سال به بالا از اختلال روانی رنج می‌برند. که با نتایج حاضر مطابقت دارد.^(۳۳) علی‌رغم چنین افزایشی خدمات بهداشت روانی به سالمندان رشد زیادی نداشته و جوابگوی نیازهای آنان نیست.^(۳۴) هزینه‌های خدمات بهداشت روانی به سالمندان نیز در مقایسه با گروه‌های سنین دیگر بیش‌تر است که می‌تواند علت نگرانی این سالمندان در مورد مسایل اقتصادی باشد.^(۳۱)

علی‌رغم عوارض و تبعات افسردگی در سالمندان به ویژه تأثیر آن بر خودکشی و ضرورت درمان اختلال‌های روانی در آنها، سالمندان با سن بالا خدمات درمانی کم‌تری برای اختلال‌های روان‌شناختی و از جمله افسردگی دریافت می‌کنند.^(۲۷-۲۵)

در مطالعه حاضر علائم اختلال‌های افسردگی و جسمی‌سازی بیش‌ترین فراوانی را داشتند. این اختلال‌ها معمولاً به طور جسمانی بروز پیدا می‌کنند، عدم تشخیص درست می‌تواند سالمند را به درمان‌های پزشکی وابسته نماید، بدون آن که کمک واقعی به او شده باشد. علاوه بر این ارایه خدمات روان‌شناختی در آسایشگاه‌ها می‌تواند

بسیاری از این گونه هزینه‌های پزشکی زاید را کاهش دهد.

در مطالعه حاضر، عمده زنان ساکن در آسایشگاه، آسایشگاه را به عنوان آخرین پناهگاه خود انتخاب کرده یا زندگی در آسایشگاه برای آنان انتخاب شده بود. اکثر آنها مجرد، دارای مشکلات اقتصادی و فاقد منبع درآمد بودند و از سکونت در آسایشگاه کم‌تر رضایت داشتند. این نکته میزان آسیب پذیر بودن زنان ساکن در آسایشگاه و ضرورت بررسی‌های دقیق در این زمینه و حمایت‌های روان‌شناختی بیش‌تر از این گروه را نشان می‌دهد.

عمده‌ترین موارد نگران کننده سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها عبارت بود از وضع اقتصادی، کمبود ارتباط-های اجتماعی، عدم رضایت از دوره سالمندی و کمبود فعالیت‌های دلخواه به جز وضع اقتصادی که به حمایت سازمان‌های دولتی و خیریه وابسته است، بقیه نگرانی‌ها نیازمند حمایت‌های روان‌شناختی است.

یکی از محاسن آسایشگاه‌های موجود تعامل سالمندان با هم‌تاهای خویش است. ارتباط با کارکنان آسایشگاه و ارتباط با هم‌تاهای خود دو منبع حمایت اجتماعی باقی‌مانده برای این سالمندان است. در صورتی که این ارتباط‌های محدود طبق اصول مشاوره‌ای انجام گیرد، می‌تواند برای سالمندان بسیار مفید و اثربخش باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود خدمات روان‌شناختی جزء خدمات اصلی آسایشگاه‌ها قرار گیرد. برنامه‌های مشاوره به ویژه مشاوره‌های گروهی برای سالمندان ایجاد شود. برنامه‌های آسایشگاه‌ها برای سالمندان متنوع، جذاب و مفید باشد و خود سالمندان در تدوین و اجرای برنامه‌ها نقش داشته باشند. فرهنگ زندگی در آسایشگاه گسترش یابد و آسایشگاه‌های روزانه با حمایت‌های دولتی ایجاد شود.

***مراجع:**

1. Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ, et al. Consensus statement on the upcoming

- crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Sep 56(9): 848-53
2. Gavrilova S, Kalyn Y. Prevalence of mental disorders in the elderly population of Moscow. *European Psychiatry* 1997; 12 (Suppl 2): 193s-193s (1)
 3. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med* 1995 Mar 15; 122 (6): 422-9
 4. Trollor JN, Anderson TM, Sachdev PS, et al. Prevalence of Mental Disorders in the Elderly: The Australian National Mental Health and Well-Being Survey. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 Jun; 15(6): 455-66
 5. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002 Mar; 159(3): 450-5
 6. Whelan G. A much neglected risk factor in elderly mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16(6): 609-14
 7. Mirzaie R. Reliability and validity of SCL90-R in Iran, Institute of psychiatry, Iran Medical Sciences, dissertation, 1980 [In Persian]
 8. Thorpe L, Whitney DK, Kutcher SP, et al. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VI. Special populations. *Can J Psychiatry* 2001 Jun; 46 Suppl 1: 63 S-76 S
 9. Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nightingale A. Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD000 561
 10. Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord* 2000 Apr; 58(1): 19-36
 11. Gerson S, Belin TR, Kaufman A, et al. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry* 1999 May-Jun; 7(1): 1-28
 12. Mulrow CD, Williams JW Jr, Trivedi M, et al. Treatment of depression- newer pharmacotherapies. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 1999 Mar; (7): 1-4
 13. McCusker J, Cole M, Keller E, et al. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998 Apr 13; 158(7): 705-12
 14. Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, et al. The efficacy, safety, and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997 Dec; 46(3): 191-217
 15. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF 3rd, et al. The expert consensus guideline series: pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med* 2001 Oct; Spec No Pharmacotherapy: 1-86
 16. Mulsant BH, Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, et al. Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 Jun; 16(6): 585-92
 17. ASHP Therapeutic position statement on the recognition and treatment of depression in older adults: American Society of Health-System Pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 1998 Dec 1; 55(23): 2514-8
 18. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *JAMA* 1997 Oct 8; 278 (14): 1186-90
 19. Barry D. L.; Jane L. P.; Lon S. S et al, Diagnosis and treatment of depression in

late life: NIH Consensus Development Conference Statement: JAMA 1997; 278(14): 1184-1190

20. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it is'nt. BMJ 1996 Jan 13; 312 (7023): 71-2

21. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Mental Health; 1999.

22. Toward JI, Ostwald SK. Exploring mental health service needs for the elderly: results of a modified Delphi study. Community Ment Health J 2002 Apr; 38(2): 141-9

23. Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ, et al. Consensus statement on the upcoming

crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades. Arch Gen Psychiatry 1999 Sep; 56 (9): 848-53

24. Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, et al. Evidence-Based practices in geriatric mental health care. Psychiatr Serv 2002 Nov; 53(11): 1419-31

25. Bartels S. J. Quality, costs, and effectiveness of services for older adults with mental disorders: a selective overview of recent advances in geriatric mental health services research. Current Opinion in Psychiatry 2002; 15: 411-16

26. Cuffel BJ, Jeste DV, Halpain M, et al. Treatment costs and use of community mental health services for schiziphrenia by age cohorts. Am J Psychiatry 1996 Jul; 153 (7): 870-6

27. Waerna M, Rubinowitz E, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. Gerontology 2003 Sep-Oct; 49(5): 328-34